申請提出：　　　年 月 日

山形県糖尿病療養指導士会　会長殿

2024年度 山形県糖尿病療養指導士・支援士認定講習会 受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ受講者氏名 |  |
| 生年月日性別 | 　　　 　年　　 月　　 日生 | * 女　 □ 男
 |
| 希望資格 | □　療養指導士　　 □　療養支援士 |
| メールアドレス | 注：携帯メール（キャリアメール）は返信できない場合がございます。　　　　Webメール等をご使用ください。 |
| 職種 |  |
| 所属施設名 |  |
| 連絡先住所 | 〒　 ‐TEL：　　（　　）　　　　　FAX：　　（　　） |
| 受講資格 | □　有　　 　 　□　無 |
| 2年以上の業務経験 | □　有　　 　 　□　無 |

* 受講希望の方は、郵送でお申し込み下さい。
* 後日、受講票と受講料振り込みについてのご案内をお送りします。
* 申し込み後にキャンセルされる場合には、必ずご連絡ください。

|  |
| --- |
| 事務局記入欄（記入しないでください） |